FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N 521

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michelle GAUTROT, née BERTHIER

Née le 13 septembre 1931, à Sable-sur-Sarthe (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 24 *mai* 1962

Les manifestations cliniques, vésicales et urétrales au cours des prolapsus génitaux

(A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS)

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michelle GAUTROT, née BERTHIER

Née le 13 septembre 1931, à Sable-sur-Sarthe (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 1962

Les manifestations cliniques, vésicales et urétrales au cours des prolapsus génitaux

(A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Desparcieux, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	Mouquin (M.)
Cliniques chirurgicales : *Beaujon* : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	Funck-Brentano (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
Cliniques médicales : *Boucicaut* : Lenègre (J.) — *Broussais* : Soulié (P.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.) ; Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	Garcin (R.)
Cliniques obstétricales : *Baudelocque* : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
Clinique toxicologique	Gaultier (M.)
Clinique traumatologique	Padovani (P.)
Séméiologie médicale	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine	Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :
Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.* ; MM. ABELANET (R.); BUSSER (F.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.* ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :
MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :
MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :
MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.* ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JÉROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :
MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :
M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :
MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :
MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.* ; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :
MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :
MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.* ; BLANCHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.); M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :
MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :
MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.* ; FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Obstétrique :
MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :
MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :
MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :
MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :
MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART D'ALLAINES (Cl. DE); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LŒPER (J.); MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :
MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :
MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :
MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.); DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.* ; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :
MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.), *m. conf., pr. s. ch.* ; GREMY (F.), *m. conf.* ; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.*; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538112_0071

A MA MÈRE

A MON MARI

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Professeur de la Chaire de Clinique Gynécologique
de l'Hôpital Broca
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Hommages respectueux.

INTRODUCTION

Les modifications subies par l'appareil urinaire, dans son ensemble, sous l'influence des déplacements de l'utérus, sont importantes. A la lumière d'observations, nous nous sommes contentés d'envisager seulement les troubles vésico-urétraux dans les prolapsus génitaux.

Malgré cette restriction, déjà si grande puisqu'elle laisse dans l'ombre toutes les modifications pyélo-urétérales et rénales, nous sommes demeurés, presque exclusivement, sur le terrain clinique et nous n'avons fait que donner un aperçu de l'interprétation anatomo et physio-pathologique des manifestations cliniques. Certes, dans un tel travail, le bilan exact des lésions, macroscopique et microscopique, eût été intéressant, mais le temps et les possibilités matérielles nous ont manqué.

GENERALITES

Les organes pelviens sont si intimement unis par les liensde l'anatomie et de la physiologie, qu'il est aisé de comprendre leur interdépendance pathologique. Il est banal de dire que les processus inflammatoires et tumoraux de l'un de ces organes ont, sur les autres, un retentissement plus ou moins important, plus ou moins précoce, mais presque constant. Parfois même, l'organe malade n'est pas le premier à traduire sa souffrance, et l'attention du clinicien peut être attirée par des symptômes fonctionnels appartenant à l'un des organes voisins.

C'est ce qui se passe dans les prolapsus génitaux. Certes, une fois le prolapsus bien constitué, les troubles urinaires ne manquent guère ; mais leur intérêt est alors secondaire. Ce qui compte, c'est le prolapsus : c'est lui qui incommode la malade ; c'est lui que l'examen même superficiel révèle ; c'est contre lui que l'acte chirurgical va s'efforcer de lutter.

Mais, au début, alors que l'utérus paraît encore en bonne position à l'examen sommaire, ce sont de petits troubles urinaires, des troubles rectaux légers qui inquiètent la malade et lui font consulter un médecin. Ces signes, le chirurgien devra en connaître la valeur pour les rapporter à leur véritable cause, la chute des organes génitaux, faute de quoi la thérapeutique fera fausse route et restera sans effet.

Nos buts sont les suivants :

— Montrer l'importance que prennent souvent ces troubles urinaires au cours de l'évolution des prolapsus et, en particulier à leur période de début et dans leurs formes frustes.

— Apprendre à rechercher l'existence du prolapsus chez ces femmes qui viennent se plaindre d'incontinence d'urine, de pollakiurie.

— Attirer l'attention sur la cystocèle inappréciable à l'examen superficiel, et dont pourtant la cure, seule, pourra améliorer ou guérir ces malades.

— Mettre en garde contre le diagnostic de « cystite » trop souvent porté dans ces cas-là.

LE SYNDROME CLINIQUE

Il s'agit de femmes d'âge très variable.

Dans nos observations, l'âge varie entre vingt-cinq et soixante-trois ans, ce qui, étant donné le petit nombre de ces observations, montre qu'il n'est pas exceptionnel d'avoir affaire à de très jeunes femmes.

Cependant, l'âge moyen se situe aux environs de la ménopause, quoique, dans la grande majorité des cas, ces femmes soient encore réglées et que, comme nous le verrons plus loin, les règles aient une influence sur l'intensité des symptômes.

L'aspect de ces femmes est assez caractéristique au premier abord. TUFFIER en a dressé un tableau très exact. Ces femmes atteintes d'une maladie générale à manifestations multiples, se présentent à nous les traits ridés, la peau flasque, malgré un certain embonpoint, la paroi abdominale relâchée, l'estomac ptosé, le rein mobile, l'intestin ptosé et atone, que cet aspect soit dû au ralentissement de la nutrition, comme le pense TUFFIER, à un déséquilibre nerveux, musculaire et vasculaire (DALERIS) ou encore ne soit qu'une manifestation du neuro-arthritisme (RICHELOT), peu nous importe ; il nous suffit que le fait soit exact dans le plus grand nombre des cas.

Il arrive pourtant que nous ayons à examiner des femmes maigres. Leur amaigrissement, succédant à une maladie générale, a été alors souvent rapide et suivi d'une véritable atrophie du plancher pelvien.

Enfin, dernier fait caractéristique, ces malades présentent toutes, à de rares exceptions près, une constitution névropathique, ce qui nous explique les erreurs de diagnostic si souvent commises. Si l'on ne prend la précaution de les examiner à fond, on risque de mettre les troubles urinaires sur le compte de l'état névropathique et de se tromper ainsi lourdement.

En dehors des troubles urinaires et des douleurs pelviennes, qui sont réels, ces malades se plaignent d'une foule de maux, variés à l'infini et dont le nombre et la complexité risquent également d'égarer le clinicien. Les unes accusent des céphalées, des vertiges, des bour-

donnements d'oreilles. Les autres, des troubles digestifs : vomissements, douleurs gastriques, constipation. D'autres enfin, sont sujettes aux idées noires. Il faut savoir ne pas insister sur ces troubles et, sans négliger leur importance pour le psychisme de la patiente, ne leur attribuer que la valeur qu'ils méritent. D'ailleurs, le traitement rationnel des lésions génitales les supprime ou, du moins, les atténue considérablement.

LES ANTECEDENTS

Il existe un antécédent majeur, qui se trouve pratiquement dans tous les cas : c'est la puerpéralité.

Potocki a bien mis ce fait en évidence et attribue à ces lésions pelviennes la valeur d'un stigmate de la maternité. Toutes nos observations se rapportent à des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses ; c'est donc là le facteur étiologique essentiel à l'origine des troubles qui nous occupent. C'est, en règle générale, à un accouchement que la malade fait remonter ses souffrances ; l'accouchement dont elle se souvient fort bien et qu'elle décrit avec précision, a été bien souvent dramatique ; l'accouchement dystocique est fréquent, surtout avec application des forceps. Mais, le traumatisme du travail, en dehors de toute dystocie, est à lui seul un facteur suffisant dans la production des lésions originelles.

La répétition des accouchements, à intervalles rapprochés, a aussi une grande influence ; c'est pourquoi nous avons souvent affaire à de grandes multipares.

De temps à autres, on ne trouve pas d'accouchements dans les antécédents, mais alors il est rare de ne pas découvrir un ou plusieurs avortements, suivis ou non de manœuvres intra-utérines ; c'est le cas de deux de nos malades. La grossesse, en effet, en dehors du travail, crée au niveau du pelvis des perturbations trophiques, d'autant plus qu'il s'agit de grossesses nombreuses et répétées à courts intervalles, ainsi que l'a fait remarquer Auvray.

D'une façon tout à fait exceptionnelle, les femmes que nous examinons n'ont jamais été enceintes. On a décrit depuis longtemps les prolapsus des vierges et des nullipares qui semblent dus à des malformations congénitales, en particulier au niveau du péritoine et du diaphragme pelvien (Trélat).

Notons, pour terminer, que l'on retrouve bien souvent dans l'anamnèse des efforts répétés et violents, et que beaucoup de ces femmes exercent des professions pénibles.

Mais ce n'est pas tout : l'étude des antécédents permet de retrouver chez ces malades d'autres affections d'un intérêt certain. Souvent, ces femmes ont subi des interventions gynécologiques : cautérisations du col, ablation de polypes, des dilatations du vagin, des hystérectomies par voie basse, et ces interventions peuvent ne pas être étrangères à la production des lésions que nous étudions. Des maladies générales, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, se rencontrent aussi. Il faut faire une place à part aux affections rénales (albuminurie, azotémie) qui sont plus souvent la conséquence que la cause des troubles observés. Sans vouloir faire jouer à ces affections un rôle aussi important qu'à la puerpéralité, il faut voir en elles la signature du mauvais état général que présentent la plupart du temps ces malades.

LES GRANDS SYMPTOMES

Banaux dans leur nature, ils revêtent pourtant des caractères particuliers que nous nous efforcerons de bien mettre en lumière. Ils se classent, par ordre de fréquence, dans l'ordre suivant :

1° Pollakiurie
2° Incontinence
3° Dysurie
4° Rétention
5° Cystalgie

En général, l'un de ces symptômes prédomine dans le tableau clinique, mais, en règle générale, plusieurs d'entre eux sont réunis chez la même malade.

I. — LA POLLAKIURIE

De beaucoup le symptôme le plus fréquent, il s'accompagne souvent de douleurs à la miction et fait porter à tort le diagnostic hâtif de cystite. Et cependant, dans les prolapsus, ce symptôme à des caractères particuliers bien précis.

Il consiste en l'augmentation de fréquence des mictions.

A chaque instant, ces femmes sont prises du besoin d'uriner et parfois ce besoin est si pressant que quelques gouttes d'urine s'échappent de l'urètre avant que la malade n'ait pris ses dispositions : c'est la miction impérieuse.

D'ailleurs, chaque miction n'évacue que quelques centimètres cubes d'urine, bien qu'il existe souvent une polyurie réflexe. Enfin, ces besoins sont parfois douloureux, revêtant alors la forme d'épreinte.

La pollakiurie des prolapsus est à prédominance diurne et, fait capital, est aggravée par la station debout, par la marche, par la fatigue. Elle s'atténue d'une façon considérable sous l'influence du repos et, en particulier, de la position couchée. Cependant, il peut exister de la pollakiurie nocturne, à tel point qu'on a pu parler de « prostatisme » chez la femme (Guyon).

Enfin, la pollakiurie s'exagère pendant la période menstruelle, car, comme l'a dit LEGUEN, la vessie réagit à la congestion, comme elle réagit à l'inflammation.

Ce symptôme reconnu, il faut l'interpréter ; la pollakiurie de la cystite s'accompagne de pyurie : encore faut-il savoir que, comme l'a montré ROCHET, et comme nous le dirons plus loin, l'infection vésicale manque rarement chez les femmes atteintes de prolapsus. La pollakiurie de la lithiase rénale est aggravée par la station debout, la marche, la fatigue, et ce n'est que l'examen complet des appareils génital et urinaire qui permettra de ne pas confondre.

Dans trois de nos observations, ce symptôme était particulièrement net :

OBSERVATION I

Mme P..., âgée de soixante ans, souffrait depuis longtemps d'une « chute de la matrice ». Elle avait d'abord été traitée au moyen de pessaires pendant deux ans, puis, devant l'échec de cette thérapeutique, une intervention sanglante fut jugée nécessaire et consista, semble-t-il, en une colpopérinéorraphie avec myorraphie des releveurs. Cette intervention guérit le prolapsus, mais n'apporta aucune amélioration aux troubles urinaires présentés jusqu'alors ; au contraire, ils s'accentuèrent et ce sont eux qui nous amènent la malade.

Il s'agit d'une pollakiurie intense, obligeant la malade à se lever huit à dix fois la nuit et réalisant un syndrome pseudo-prostatique ; ce symptôme persiste le jour, mais atténué. Les mictions sont douloureuses, mais il n'y a pas d'incontinence.

Ménopausée il y a trois ans, cette femme a eu cinq enfants (accouchements spontanés) et un avortement. Elle a présenté jadis de l'hyperazotémie et de l'hyperglycémie.

A l'examen, on note :

— une urétrocèle ;

— une cystocèle importante ;

— un prolapsus utérin peu accentué (premier degré).

Le périnée paraît solide et bien étoffé.

Le doigt, introduit dans le vagin, sent la paroi antérieure, l'urètre qui est gros et dur, et contourné en « S italique ». Au-dessus de lui, existe un véritable bas-fond vésical.

Ces déformations urétro-vésicales semblent conditionner les troubles que nous observons, en amenant une rétention partielle au niveau du bas-fond vésical.

Une colporraphie antérieure, associée à une ligamentopexie des ligaments ronds par voie intra-péritonéale, est pratiquée le 15 mars 1960. Les suites opératoires furent sans histoire ; un mois après l'opération, les troubles urinaires ont disparu et, notamment, la malade n'est plus obligée de se lever la nuit.

OBSERVATION II

Mme A..., âgée de soixante ans, vient nous consulter au mois de novembre 1959 pour un prolapsus utérin survenu il y a six mois à la suite d'un effort de défécation. Elle se plaint, en outre, de petites hémorragies génitales continues.

La ménopause remonte à dix-neuf ans. Mme A... a eu trois enfants, mais les accouchements n'ont jamais provoqué de déchirures franches du périnée.

Il existe des troubles urinaires importants, mais leur intérêt semble secondaire à la malade qui s'inquiète davantage de sa matrice qui pend entre ses cuisses et de ses hémorragies. Cependant, à l'interrogatoire, leur apparition précède celle du prolapsus ; il est probable qu'avant la production de ce prolapsus aigu responsable de l'apparition des troubles urinaires, il existait déjà un certain glissement de la paroi vaginale antérieure.

Quoi qu'il en soit, la malade urine de plus en plus souvent, et cette pollakiurie s'intensifie à la marche et aux efforts. De plus, depuis un mois, la malade perd ses urines de temps à autre.

A l'examen, on note l'existence d'un prolapsus du troisième degré, en battant de cloche. Le vagin, cependant, n'est pas entièrement retourné sur lui-même et ses culs-de-sac persistent. Le col, gros et métrité, est le siège d'une ulcération, origine des hémorragies. La pression de la paroi antérieure du vagin fait sourdre de l'urine par le méat urétral.

La biopsie du col nous ayant confirmé la nature bénigne de l'ulcération, on détruit celle-ci à l'électrocoagulation. Un mois plus tard, en décembre 1959, on effectue la cure du prolapsus par le procédé de Lefort élargi. Bon résultat opératoire. En avril 1960, on note la disparition complète des troubles urinaires.

OBSERVATION III

Mme Bel..., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital le 25 février 1960 pour des crises douloureuses abdominales accompagnées de troubles urinaires.

Le début remonte à un an environ. Il s'est manifesté par des douleurs survenant par crises et siégeant dans la fosse iliaque gauche. Ces crises douloureuses s'accompagnent de frissons et de vomissements. Elles sont calmées par le repos au lit et la glace sur le ventre. Elles se sont, depuis un an, reproduites à plusieurs reprises ; dans leur intervalle, existent des pertes blanches, mais pas de métrorragies.

Les troubles urinaires sont plus discrets ; il faut les rechercher. Les mictions ont augmenté de fréquence depuis un an ; elles sont devenues douloureuses ces derniers temps. La pollakiurie est surtout nette pendant la période menstruelle, mais il n'existe ni incontinence ni dysurie ; les urines sont claires.

Les règles sont régulières, surviennent tous les mois à date fixe et durent huit jours environ.

La malade n'a pas eu d'enfants, mais un avortement de quatre mois suivi de curetage. Appendicectomie en 1952 ; rhumatisme articulaire aigu sans lésions cardiaques.

Lorsque nous l'examinons, la malade est en crise ; sa température est à 39° ; son abdomen est douloureux, surtout à gauche où existe un empâtement profond. Au toucher, l'utérus est difficilement perçu et l'on note la présence de deux masses annexielles douloureuses. Repos, glace sur le ventre, antibiotiques amènent une rapide rétrocession des symptômes. Le 7 mars, la température est à 37°. Au toucher, l'utérus est en rétroversion et légèrement abaissé. L'ovaire droit est prolabé dans le Douglas, la trompe droite perçue sous la forme d'un crayon douloureux ; à gauche, existe une tuméfaction douloureuse, difficile à délimiter.

A partir du 17 mai, columnisations du vagin associées aux antibiotiques. La malade quitte l'hôpital, mais les columnisations sont poursuivies pendant six semaines ; sous l'influence de ce traitement, les phénomènes inflammatoires disparaissent, et lorsque nous revoyons la malade, le 28 juin, l'utérus est en bonne position et les troubles ont entièrement disparu eux aussi.

II. — L'INCONTINENCE

C'est, avec la pollakiurie, le grand symptôme urinaire au cours des prolapsus ; sa fréquence est particulièrement grande. Elle consiste en la perte involontaire et inconsciente par l'urètre de l'urine contenue dans la vessie. Elle se caractérise par son mode d'apparition. Elle survient en position debout et particulièrement à l'effort, au rire, à la toux, aux éternuements.

Cette infirmité entraîne tout un cortège d'inconvénients. L'urine vient souiller les muqueuses du vesticule et du vagin, qui finissent par s'irriter ; la vulve est le siège de démangeaisons continuelles. Il se produit parfois des excoriations, des ulcérations et même des fistules. Il faut bien différencier cette incontinence vraie d'avec la fausse incontinence dite par regorgement, qui se produit lorsque, la vessie étant pleine par rétention, le sphincter vésical se laisse forcer.

Mais, en présence d'une incontinence vraie, il faudra éliminer d'emblée les incontinences congénitales et nerveuses dont la preuve est facile à faire.

Plus difficiles à diagnostiquer sont les incontinences d'origine urinaire et, en particulier, celles qui surviennent au cours des cystites, de la tuberculose rénale et vésicale. C'est encore l'examen complet de l'appareil urinaire qui permettra de les reconnaître.

Dans deux de nos observations, l'incontinence était le symptôme majeur :

OBSERVATION IV

Mme P... nous est adressée le 25 mai 1960 pour des troubles urinaires d'origine vraisemblablement génitale.

Elle est âgée de cinquante ans.

Le début de sa maladie remonte à deux ans, à la suite d'un accouchement ayant nécessité l'application des forceps. C'est progressivement que s'établirent en plus de quelques pertes vaginales les troubles qui nous amènent la malade.

Ces troubles consistent principalement en incontinence accompagnée ou non de mictions impérieuses. Lorsqu'elle se met debout, lorsqu'elle fait un effort, la malade ne peut retenir ses urines.

Parfois, c'est un besoin impérieux qui la saisit et l'oblige à laisser échapper quelques gouttes d'urines.

Cette incontinence est en rapport avec les menstruations : elle survient quelques jours avant l'apparition des règles et persiste pendant toute leur durée ; elle s'atténue considérablement ou disparaît même complètement dans la période qui suit les règles.

Les troubles génitaux sont peu importants : les règles présentent un retard habituel de huit à dix jours. Elles durent de trois à quatre jours. Il existe des douleurs lombaires presque continues, mais de faible intensité.

L'état général est bon ; la malade se dit neurasthénique, en proie aux idées noires. Mais elle mange bien, dort bien et ne présente aucun amaigrissement.

A l'examen, le col est déchiré, métrité ; le corps utérin est en antéversion ; l'ensemble col-corps est sensiblement abaissé, bien que le col n'atteigne pas la vulve ; les ovaires facilement perçus sont prolabés dans le Douglas, le droit étant légèrement douloureux à la pression.

Les examens de laboratoire sont normaux.

Le 10 juin, nous pratiquons sous anesthésie générale, une ligamentopexie des ligaments ronds. Bonnes suites opératoires.

La malade est revue en juillet : elle ne perd plus ses urines et ses douleurs lombaires ont notablement diminué.

OBSERVATION V

Mme B..., âgée de trente-quatre ans, vient nous consulter pour un ensemble de troubles. Le 15 avril 1960 : troubles généraux, avec troubles urinaires et douleurs hypogastriques.

Les règles, apparues à l'âge de treize ans, survenaient au début deux fois par mois. Leur durée moyenne était de six jours.

A la suite d'un accouchement, survenu il y a dix ans, elles ont diminué de fréquence au point de ne survenir que tous les quarante-cinq jours environ.

La malade suivit alors un traitement au benzo-gynestryl, qui ramena leur fréquence à la normale.

Cependant, elles restèrent peu abondantes.

L'accouchement détermina une déchirure du périnée, qui fut suturée immédiatement.

Actuellement, les douleurs siègent dans le bas-ventre et s'irradient aux cuisses ; elles sont presque continues avec exacerbation à la fatigue.

Les troubles urinaires sont caractérisés par de l'incontinence ; la malade perd ses urines aux efforts, au rire et surtout pendant l'hiver. L'incontinence est maxima pendant les périodes menstruelles ; les mictions sont douloureuses.

Enfin, complétant le tableau, il existe des troubles généraux variés : vertiges, vapeurs, phobies, étourdissement, brûlures d'estomac, aigreurs, constipation ; le poids a augmenté de 20 kg en dix ans.

A l'examen, nous sommes en présence d'une femme grasse, dont l'état général ne nous présente rien à signaler.

Au toucher, le col, de volume et de consistance normaux, est à la vulve. On note une cystocèle importante et même une rectocèle. L'utérus est petit ; les annexes prolabées dans le Douglas sont sensibles ; les veines ano-rectales sont dilatées.

Le 5 mai, hystéropexie isthmique : suites opératoires normales.

La malade est revue en juin et en juillet : les troubles pelviens ont disparu, les mictions sont normales, les hémorroïdes ont régressé ; l'utérus est en bonne position et la cystocèle n'est plus perceptible.

III. — LA DYSURIE

C'est encore un symptôme fréquent. Si nous ne le faisons venir qu'en troisième place, c'est qu'il coexiste presque toujours avec l'un des symptômes précédents, et que, de ce fait, il passe au second plan.

Il consiste, pour la malade, en une difficulté, douloureuse ou non, de vider sa vessie.

On distingue plusieurs sortes de dysuries du point de vue clinique : tantôt la miction est simplement ralentie ; c'est le degré le plus atténué ; tantôt la miction est retardée et ne se produit qu'après une attente plus ou moins longue et des efforts plus ou moins violents ; tantôt enfin, la miction est discontinue, après un début normal ou légèrement retardé, l'urine cesse de couler, puis revient grâce à de nouveaux efforts, pour s'interrompre encore plusieurs fois avant que la vessie ne soit vide. Pour faciliter la miction, les malades prennent des attitudes variées : les unes urinent en position couchée seulement ; les autres sont obligées de s'accroupir ; d'autres adoptent la position debout et penchée en avant ; certaines enfin ne peuvent uriner qu'en appuyant, avec un doigt, sur la paroi antérieure du vagin, ce qui a pour effet de réduire la cystocèle.

La dysurie est fréquente au cours des cystites, mais nous avons déjà parlé du diagnostic de cette affection et nous n'y reviendrons pas. L'urétrocèle s'accompagne aussi d'une dysurie accentuée, mais c'est une lésion qui se rencontre souvent chez ces femmes et nous y reviendrons.

Dans la plupart de nos observations, nous avons relevé de la dysurie à des degrés variables ; mais une seule fois elle apparaissait comme symptôme urinaire isolé.

OBSERVATION VI

Mme Re..., vingt-huit ans, est hospitalisée, le 28 février 1960, pour crises douloureuses abdominales. Ces crises remontent à quatre ans et ont été attribuées à la salpingite.

La crise actuelle dure depuis dix jours : la douleur siège dans le bas-ventre, violente surtout à gauche, s'irradie dans la région lombaire et s'accompagne de nausées et de frissons. La température est à 38°. Il existe des pertes blanches peu abondantes, mais fétides.

Par contre, la malade attire l'attention sur des troubles urinaires importants et qui datent de longtemps. Elle éprouve une difficulté considérable pour uriner ; les mictions ne sont possibles que dans la position fortement accroupie et encore au prix d'efforts violents ; enfin, les mictions sont discontinues. On note un peu de pollakiurie, mais les mictions ne sont pas douloureuses et il n'existe pas d'incontinence.

Des troubles généraux complètent le tableau clinique : constipation légère, céphalée, vertiges, palpitations cardiaques.

Enfin, les règles, normales jusqu'au mois d'octobre 1959, sont devenues irrégulières, tant au point de vue de leur époque d'apparition que de leur abondance.

En résumé, nous sommes en présence d'une triade symptomatique : crises douloureuses abdominales, dysurie, dysménorrhée.

La malade a eu deux grossesses normales : ses enfants, vivants, ont respectivement quatre ans et trois ans ; elle n'a jamais eu d'avortement.

Au toucher, on sent un col utérin métrité, un corps légèrement basculé en arrière, un cul-de-sac latéral gauche empâté et douloureux.

Le traitement passa par les étapes suivantes :

1) Repos complet au lit et administration d'antibiotiques ; la température baisse et les douleurs s'amendent. Cependant, au toucher, le corps utérin est en rétroversion fixée, les masses annexielles ont à peu près disparu ; les paramètres sont empâtés.

2) Le 16 mars, en plus du repos, diathermie et columnisations du vagin. Le 1er mai, l'utérus, toujours en rétroversion, se mobilise facilement. Les masses annexielles ont fondu, mais le col utérin est abaissé et apparaît jusqu'à la vulve. Si les douleurs ont disparu, les troubles urinaires persistent. Nous pensons que la malade présentait depuis ses accouchements un prolapsus léger se traduisant par des troubles urinaires. L'inflammation de ses annexes, responsable des crises douloureuses, bloquant les organes du petit bassin, avait au premier examen masqué le prolapsus.

Une fois les phénomènes inflammatoires disparus, l'utérus redevenu mobile se prolaba à nouveau, ce qui explique la persistance des troubles urinaires malgré la disparition des phénomènes inflammatoires.

3) Le 3 mai, sous anesthésie générale, nous pratiquons une ligamentopexie des ligaments ronds. Bonnes suites opératoires. Quand la malade quitte l'hôpital, le 22 juillet, ses troubles urinaires ont disparu.

IV. — LA RÉTENTION

La rétention d'urines s'observe d'une façon beaucoup plus rare que les symptômes que nous venons d'étudier. Comme dans les autres affections, la rétention qui survient au cours des prolapsus peut revêtir plusieurs formes :

— rétention complète aiguë ;

— rétention complète chronique ;

— rétention incomplète.

La rétention complète aiguë se caractérise par l'impossibilité absolue d'uriner, survenant brusquement chez une femme n'ayant présenté jusque-là aucun symptôme urinaire. Le tableau habituel est le suivant : une femme bien portante présente brusquement à la suite d'un effort ou dans tout autre circonstance un prolapsus génital aigu. Elle ressent, en même temps, des douleurs violentes dans la région hypogastrique, douleurs qui s'irradient dans les aines et le sacrum. Elle s'aperçoit, de plus, qu'elle ne peut plus uriner malgré le besoin qu'elle en ressent. Les efforts qu'elle fait pour vider sa vessie sont horriblement douloureux. Bientôt, apparaissent des contractures du muscle vésical, et des phénomènes d'agitation ne tardent pas à se produire, réalisant un tableau clinique parfois très grave. Lorsque la vessie est sous tension, il existe souvent de l'incontinence par regorgement. La présence d'un globe vésical permet de faire le diagnostic de rétention, et le cathétériseur, que les modifications de direction et de forme de l'urètre rendent parfois difficile, ramène des urines en grande quantité. Abandonnée à elle-même, la rétention aiguë peut engendrer de graves accidents d'intoxication.

La rétention complète chronique consiste dans l'impossibilité permanente d'uriner et la nécessité de sondages périodiques ou quotidiens. Elle survient soit après une crise aiguë ou s'établit peu à peu, à la suite d'une phase de rétention incomplète.

Cette dernière est caractérisée par l'impossibilité d'évacuer complètement sa vessie. On le constate lorsqu'un cathétérisme effectué immédiatement après une miction ramène une quantité appréciable

d'urine. Ce symptôme passe fréquemment inaperçu et c'est ce qui en fait la gravité. Le « résidu vésical » stagne longtemps dans la vessie, s'infecte et les phénomènes de cystite ne tardent pas à apparaître.

La rétention a pour effet d'augmenter la cystocèle, d'amener la dilatation des uretères et de provoquer des troubles rénaux de gravité variable, mais certaine.

En présence d'une rétention chez la femme, il faut éliminer, en dehors des grands traumatismes et des maladies générales et nerveuses, facilement reconnaissables, les tumeurs pelviennes volumineuses (fibromes enclavés, gros kystes), causes les plus fréquentes de rétention. Là encore, c'est l'examen minutieux de l'appareil génital qui permettra de faire le diagnostic.

Voici le cas de rétention aiguë que nous avons observé :

OBSERVATION VII

Mme J..., âgée de cinquante-quatre ans, entre à l'hôpital le 25 avril 1960 pour un complexe symptomatique : métrorragies, leucorrhées, douleurs abdominales.

Le début de ces troubles remonte à janvier : des pertes vaginales et des douleurs en constituent toute la symptomatologie.

Les pertes sont formées d'une part par des métrorragies abondantes, faites de gros caillots de sang rouge, survenant sans périodicité, sans conditions particulières ; d'autre part, par un écoulement glaireux, jaunâtre, contenant quelques filets de sang. Elles sont accompagnées de douleurs à type de pesanteur, siégeant dans le bas-ventre et qui paraissent s'atténuer après l'émission de sang.

Il est difficile, au milieu de ce flux sanguin, de reconnaître des règles normales, mais la malade prétend qu'au moment de ses règles proprement dites, elle perd pendant huit jours un sang rouge, liquide, sans caillot ni douleur.

Quelques troubles urinaires discrets se surajoutent à cet ensemble symptomatique : dysurie assez importante et pollakiurie légère.

Mais la malade ne leur attache aucun intérêt ; seules ses hémorragies l'inquiètent et c'est à cause d'elles qu'elle vient se faire soigner.

Les antécédents ne nous apportent aucun fait intéressant : la malade aurait eu une néphrite il y a vingt-huit ans ; elle a eu quatre enfants dont un seul est vivant et dont trois sont morts en bas âge. Les accouchements ont été normaux. Il n'y a jamais eu d'avortements.

A l'examen, on est surpris d'apercevoir, pendant entre les cuisses, un prolapsus utérin en battant de cloche.

La malade nous apprend alors que ce prolapsus date de dix-huit mois environ. Le col utérin est énorme et présente de grosses lésions de métrite, mais il n'y a pas d'ulcération. Les parois vaginales sont épaissies et indurées.

Avant de traiter chirurgicalement le prolapsus, on juge utile de guérir la métrite cervicale. Mais un globe vésical se constitue. La cystographie montre une

énorme vessie. Le cathétérisme ramène une urine trouble et d'odeur infecte. L'azotémie atteint 1,40 g. On met la malade au régime hypoazoté et aux antibiotiques.

Pendant cinq jours, la rétention persistant, on est obligé de sonder la malade ; la température, montée lors du début de la rétention, baisse progressivement ; les mictions redeviennent possibles, bien qu'il persiste une dysurie intense.

Dès le dixième jour, la température est à 37° et la dysurie s'atténue progressivement et considérablement.

Un mois plus tard, l'azotémie est normale et l'on décide d'intervenir. Mais la malade se prétend guérie ; en effet, sous l'influence du repos, la plupart des troubles qui l'avaient amenée (douleurs, métrorragies) ont disparu. Et, malgré la persistance de son prolapsus et de quelques troubles urinaires discrets, elle quitte l'hôpital le 3 juillet.

V. — LA CYSTALGIE

C'est surtout un signe de début du prolapsus ; il en constitue parfois toute la symptomatologie fonctionnelle et réalise alors une forme fruste de prolapsus. Il consiste en un état douloureux de la vessie, indépendant de toute altération anatomique de cet organe.

La douleur siège au niveau de l'hypogastre et s'irradie dans le clitoris, les aines, le sacrum. Son intensité est variable : tantôt, il s'agit d'une douleur vague, s'exagérant dans la position debout et au moment des mictions ; les malades ont l'impression de sentir leur vessie ; tantôt, au contraire, les douleurs sont d'une violence extrême, arrachant des cris aux malades qui se tordent sur leur lit. Ces douleurs ont tous les caractères des coliques viscérales et, d'ailleurs, sont liées à une contracture du muscle viscéral.

A ce symptôme douleur, se joignent souvent des signes d'irritabilité viscérale : pollakiurie, dysurie, rétention. La vessie est insensible à la pression et à la distension ; en sondant la malade, on s'aperçoit qu'il existe une véritable anesthésie de la muqueuse vésicale au contact. Par contre, l'urètre membraneux est hyperesthésique.

Devant cette douleur vésicale isolée, il faut toujours penser au prolapsus génital et le rechercher. Mais il faut aussi se souvenir que ce syndrome est fréquent au cours des maladies nerveuses, le tabès en particulier, au cours des maladies urinaires et chez les névropathes, les faux urinaires, comme les appelait Guyon.

L'EVOLUTION DES SYMPTOMES

Les différents symptômes que nous venons de passer en revue évoluent chacun pour son propre compte, à partir du moment de leur apparition et suivant leurs caractères particuliers. C'est ainsi que la pollakiurie, en s'exagérant, finit par être pour la patiente une infirmité grave qui peut retentir sur les fonctions psychiques ; l'incontinence en devenant totale entretient au niveau des muqueuses génitales une irritation continuelle, point de départ d'excoriations, d'ulcérations et d'infection consécutive ; la rétention, enfin, entraîne tout un cortège de troubles généraux dus à l'infection de l'urine retenue et à l'intoxication de l'organisme par les produits de déchet non éliminés.

Cependant, l'évolution de ces symptômes, envisagés dans leur ensemble, est liée à celle du prolapsus et c'est ce qui constitue l'intérêt de cette étude.

Très souvent, les troubles urinaires apparaissent précocement, avant que la malade ne soupçonne son prolapsus. On sait que celui-ci débute par le simple glissement de la paroi vaginale antérieure, et ce fait, seul, est capable de provoquer des troubles urinaires en question.

Au fur et à mesure que le prolapsus se constitue, les troubles urinaires augmentent d'intensité ; mais, devant l'évidence du prolapsus, ils passent relativement au second plan. Ils semblent même, parfois, s'atténuer réellement, et on peut les manquer dans les gros prolapsus du dernier degré. Dans ces cas, l'interrogatoire montre qu'une phase de troubles urinaires a précédé l'apparition clinique du prolapsus.

Si l'atténuation est possible, l'aggravation est la règle. Aussi, importe-t-il de traiter ces troubles dès leur apparition. D'ailleurs, en admettant que les troubles urinaires puissent régresser, le prolapsus, lui, ne fait que progresser. Mieux vaut fixer un utérus à peine abaissé qu'intervenir tardivement sur de gros utérus prolabés, ulcérés et infectés.

LES DONNEES DE L'EXAMEN

L'interrogatoire nous a permis de découvrir des troubles urinaires et de préciser leurs caractères particuliers ; il nous a renseigné sur les circonstances d'apparition de ces troubles ; mais, si nous en soupçonnons la cause, nous sommes encore loin d'en avoir la certitude.

Cette certitude, c'est l'examen minutieux et systématique du système uro-génital qui va nous la fournir.

L'examen, pour être complet, devra porter sur :

— la sphère génitale ;
— la sphère urinaire ;
— la sangle pelvienne.

I. — LA SPHÈRE GÉNITALE

La lésion primordiale, la seule intéressante à étudier, que l'examen nous permet de découvrir à l'appareil génital, est le prolapsus.

Rien n'est plus variable que la façon dont peut se présenter un utérus prolabé, à l'examen clinique.

Classiquement, on en décrit un certain nombre de degrés.

Lorsque, en découvrant la malade, on aperçoit l'utérus entre ses cuisses, le diagnostic est vite fait.

Au contraire, lorsque la chute des organes génitaux est à peine ébauchée, il faut savoir, par la recherche soigneuse des petits signes du prolapsus au début, arriver à une conclusion précise. C'est donc sur ces formes atténuées, sur les petits signes, que nous nous étendrons longuement.

Pour être profitable, l'examen de ces femmes doit être effectué debout, ce qui a pour effet d'augmenter la poussée abdominale.

A l'inspection, la vulve est plus ou moins béante, mais à ce stade, aucun organe ne sort encore du vagin. Faisons tousser notre malade, ou mieux, faisons-lui faire des efforts de défécation : on voit alors une tumeur apparaître au niveau de la commissure antérieure de la vulve, immédiatement en arrière du méat urinaire ; c'est la muqueuse de la paroi antérieure du vagin qui bombe sous l'influence de l'effort. Elle revêt l'aspect d'une tumeur rosée, arrondie, molle, réductible, plus ou moins importante suivant l'effort ou l'état de réplétion de la vessie. Tout se passe comme dans une manche dont la doublure serait trop grande.

Ce n'est que d'une façon exceptionnelle qu'à ce stade de début la muqueuse de la face postérieure du vagin se prolabe elle aussi.

La plupart du temps, cette lésion apparaît lorsque l'utérus est franchement abaissé. Il faut pourtant connaître cette éventualité rare pour la rechercher en l'absence d'autres signes de prolapsus.

Le toucher rectal donnera, à cet effet, de précieux renseignements. Le toucher vaginal complète les données de l'inspection ; première constatation, le col utérin est abaissé et situé à une petite distance de l'orifice vulvaire. Mais s'agit-il d'un prolapsus vrai ou d'un allongement hypertrophique du col ? La plupart du temps, ces deux facteurs se combinent. D'ailleurs, le toucher-palper nous permet de préciser dans quelles proportions le col utérin participe à la ptose du col. En tout cas, le corps peut être soit franchement abaissé, soit simplement en rétroversion, de sorte que son axe coïncide avec l'axe du vagin. Dans les deux cas, les efforts de toux entraînent un abaissement général de tout l'utérus. En somme, nous pouvons considérer la rétroversion comme une forme atténuée, une ébauche de prolapsus, à condition, toutefois, que cette rétroversion ne soit pas fixée par un processus inflammatoire et que l'utérus ait tendance à se ptoser sous l'influence de la poussée abdominale. Que l'utérus soit rétroversé ou ptosé, il faut toujours chercher à réduire manuellement ces déplacements ; ces manœuvres de réduction sont presque toujours possibles dans les formes légères.

Nous n'insisterons pas sur les cas avancés, où le col apparaît à la vulve, ou encore entraîne dans sa chute les parois du vagin. Nous ne ferons que rappeler l'existence de trois degrés dans le prolapsus :

— dans le premier, le col n'atteint pas l'orifice vulvaire ;

— dans le second, le col apparaît à la vulve qui s'entr'ouve ;

— dans le troisième enfin, le col, continuant son prolapsus, entraîne avec lui les parois du vagin qui se retournent en doigt de gant ; ce dernier degré peut se subdiviser en deux autres, suivant que les culs-de-sac du vagin persistent ou non.

II. — LA SPHÈRE URINAIRE

Bien que le prolapsus constitue la cause des troubles urinaires que présentent nos malades, l'appareil urinaire n'est pas indemne de lésions, dont la plupart ne sont pas inutiles à connaître.

Tout examen de prolapsus doit s'accompagner d'un examen urinaire ; à plus forte raison quand des troubles urinaires sont au premier plan, comme dans les cas qui nous occupent.

Nous envisagerons successivement :

a) l'urétrocèle ;

b) le prolapsus de la muqueuse urétrale ;

c) la cystocèle ;

d) la cystite.

a) L'URETROCELE

Cette lésion ne se rencontre que rarement dans le prolapsus. Mais il faut la connaître, d'abord pour ne pas la confondre avec la cystocèle, ensuite parce qu'elle peut coexister avec cette dernière. A l'inspection, on aperçoit, au-dessous du méat urétral, une petite tuméfaction hémisphérique et que l'on peut prendre, au premier abord, pour un simple prolapsus de la muqueuse vaginale. Le doigt, introduit dans le vagin, explore les limites de cette tuméfaction qui n'occupe que la paroi antérieure du vagin. Elle fait corps avec l'urètre, que l'on sent parfois au doigt, surtout lorsque, comme c'est le cas, il est atteint de péri-métrite ; cette tuméfaction est réductible et la pression en la réduisant fait sourdre au méat urétral quelques gouttes d'urine mêlées de pus.

Introduisons une sonde dans la vessie ; le doigt vaginal perçoit cette tuméfaction entre lui et la sonde ; cette manœuvre permet de différencier la cystocèle de l'urétrocèle : en effet, la sonde urétrale atteint et dépasse cette tuméfaction avant de pénétrer dans la vessie. Si, à l'aide d'une sonde cannelée recourbée, on pénètre dans ce diverticule, le doigt vaginal vient au contact du bec de la sonde. Cette manœuvre différencie l'urétrocèle des kystes ou abcès sous-urétraux qui ne communiquent pas avec l'urètre. Ces diverses manœuvres sont, la plupart du temps, assez douloureuses, car les phénomènes inflammatoires ne sont pas rares autour de l'urètre et son diverticule ; aussi faut-il les pratiquer avec douceur.

b) LE PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URETRALE

Comme le précédent, c'est un phénomène assez rare dans les prolapsus. A l'inspection, on voit une saillie rose ou rouge, du volume d'un gros pois ou d'une cerise, siégeant au niveau même du méat ; cette saillie est rattachée à l'urètre par un pédicule assez rétréci ; son extrémité est percée d'un orifice dont le cathétérisme conduit dans l'urètre et dans la vessie ; c'est ce qui le différencie des polypes de la muqueuse urétrale.

c) LA CYSTOCELE

Nous arrivons, avec la cystocèle, à la lésion urinaire la plus fréquente et qui constitue, à elle seule, toute la maladie. COMAR la trouve 33 fois sur 37 observations. Pour notre part, elle existe à un degré accentué dans 5 de nos observations. De plus, au cours du prolapsus, c'est elle qui apparaît souvent la première.

L'examen de la région vulvaire montre, au-dessous du méat, un renflement plus ou moins important, plus ou moins tendu, suivant l'état de réplétition ou de vacuité de la vessie, et qui augmente de volume au cours des efforts et de la station debout. Le doigt, introduit dans le vagin, apprécie le volume de cette tuméfaction qui occupe souvent les deux tiers supérieurs de la paroi vaginale. Lorsque la vessie est pleine, la consistance de la cystocèle est élastique, mais la tumeur est réductible. Lorsque la vessie est vide, les parois de cette poche sont flasques, plissées, mais les efforts de toux la font bomber sous le doigt.

La cystocèle donne souvent, au doigt, la sensation d'une tumeur trilobée : la partie médiane, plus molle, bombe plus que les parties latérales qui sont tendues. Il semble que la vessie soit passée à travers une brèche dont les bords retiennent encore les parties latérales de la cystocèle.

Souvent, au niveau de la cystocèle, la muqueuse vaginale est irritée ; l'urètre et le méat sont également le siège d'une irritation chronique, entretenue par la malade qui, pour mieux uriner et sans douleur, a pris l'habitude de réduire la cystocèle avec le doigt au moment des mictions.

d) LA CYSTITE

Enfin, en dehors des lésions précédentes, il peut exister à un stade avancé de l'évolution du prolapsus des lésions infectieuses de la vessie. Nous ne reviendrons pas sur les signes fonctionnels des cystites, qui sont les mêmes que ceux dus au prolapsus, indépendamment de l'infection.

Le méat urétral est rouge, œdématié ; l'urètre, au toucher, est gros et douloureux par suite de l'urétrite et de la péri-métrite qui sont constantes. La vessie est douée d'une hyperesthésie intense et le cathétérisme arrache des cris aux malades. D'ailleurs, nous insistons sur la difficulté qu'il y a à sonder ces vessies ptosées à travers des urètres plus ou moins coudés. On y arrive grâce à l'anesthésie préalable de l'urètre par la cocaïne et en songeant à la direction nouvelle de l'urètre qui, la plupart du temps, se dirige en arrière et en bas.

Les urines ainsi prélevées sont purulentes ; la capacité vésicale est fortement diminuée ; la cystéroscopie, enfin, nous fournit les renseignements les plus intéressants : congestion de la muqueuse, se traduisant par l'augmentation du nombre et du volume des vaisseaux ; œdème principalement marqué au niveau du bas-fond vésical et des orifices urétéraux qui sont rapprochés l'un de l'autre et souvent difficiles à découvrir ; suffusions sanguines disséminées ; petits abcès superficiels qui se présentent sous la forme de petites fistules d'un blanc jaunâtre entourées d'une aréole rouge ; enfin, ulcérations, végétations, débris fibrino-purulents et fausses membranes.

Parfois, la cystoscopie révèle la présence de calculs qui avaient passé cliniquement inaperçus.

III. — LA SANGLE PELVIENNE

L'examen ne doit pas se contenter d'analyser les divers degrés du prolapsus, les différentes lésions vésicales et urétrales ; il doit aussi renseigner sur la valeur de l'appareil de soutènement. C'est, en effet, des caractères de la sangle pelvienne que doivent dépendre les indications opératoires, surtout en ce qui concerne le choix du procédé.

L'inspection nous permet d'apprécier l'étoffe périnéale : la vulve est béante et quoique l'utérus ne dépasse pas encore l'orifice vulvaire, les grandes lèvres s'écartent l'une de l'autre. La commissure postérieure de la vulve atteint presque l'anus, si bien que la longueur du périnée est considérablement diminuée.

Pour examiner les releveurs, le doigt, introduit dans le vagin, explore les parois : le plus souvent, les releveurs sont relâchés, atones, écartés l'un de l'autre, et les tissus présentent un tel degré de laxité que l'on arrive à toucher les parois pelviennes, comme cela se produit au cours de la grossesse.

De plus, l'épaisseur du périnée est notablement diminuée.

Voici comment P. Dilbet conseille d'examiner les releveurs : deux doigts sont introduits dans le vagin après réduction du prolapsus ;

nous demandons à la malade de rapprocher les genoux pendant que nous nous opposons à ce mouvement ; les adducteurs se contractent et synergiquement les releveurs de l'anus ; on sent alors deux bords se tendre et les deux doigts écartés sont repoussés l'un vers l'autre. Plus simplement, on peut demander à la malade de serrer les fesses avec énergie et la contraction des releveurs devient très apparente au doigt vaginal.

Cette manœuvre révèle parfois des releveurs toniques et résistants, ce qui n'empêche pas le prolapsus du vagin et de l'utérus : c'est ce qui se voit dans le prolapsus des vierges et des nullipares ; mais ce fait peut aussi s'observer chez les multipares.

CONCLUSIONS

I. — Les manifestations vésicales et urétrales sont fréquentes, voire même constantes au cours des prolapsus génitaux.

II. — Leur apparition dans l'évolution du prolapsus en est parfois très précoce et elles constitueront alors un signe de début. Chaque fois qu'une femme vient consulter pour des troubles de la miction, ne pas se contenter du diagnostic facile de cystite, mais songer au prolapsus.

III. — Leur intensité est indépendante du degré de prolapsus et l'on voit souvent une urétrocèle ou un cystocèle de minime importance s'accompagner de troubles urinaires donnant à la malade une infirmité bien pénible.

IV. — Une certaine hiérarchie des troubles est à noter : les uns sont fréquents : pollakiurie à prédominance diurne, incontinence. Les autres sont plus rares : rétention, cystalgie, douleurs à la miction.

V. — Cliniquement, ils se caractérisent par leur accentuation sous l'influence de la station debout, de la fatigue, des efforts, de la menstruation.

VI. — L'examen ne montre parfois qu'une simple procidence de la paroi vaginale antérieure, sans abaissement de l'utérus.

VII. — Indépendamment de ces troubles, un facteur sympathique paraît intervenir dans leur production, soit isolément, soit conjointement avec les facteurs mécaniques.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
FUNCK-BRENTANO

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ALBONAN. — Opération pour incontinence d'urine chez la femme. (*Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires*, 1892.)

AUBERT. — Le prolapsus génital et son traitement. (*Revue Suisse de Médecine*, 1930.)

BAUSSET. — Ligamentopexie par le procédé des bras croisés. (*Thèse*, Marseille, 1939.)

BOUILLY. — Traitement des prolapsus génitaux. (*Congrès de Chirurgie*, 1896.)

BOURSIER. — De l'incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début. (*Congrès International de Gyn. et Obst.*, Genève, 1896.)

CALLARD. — Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. (*Thèse*, Paris, 1906.)

COLTE et ROUGEMONT. — *Lyon Chirurgical*, janvier 1934.

DALSACE. — Cystalgie à urines claires. (*Journal d'Urologie*, janvier 1928.)

DILBET. — De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et de son traitement. (*Archives de Toxicologie*, t. 23.)

DUPLAY. — Maladies de l'urètre chez la femme. (*Archives Générales de Médecine*, juillet 1880.)

— Mécanisme du prolapsus. (*Archives Générales de Médecine*, 1899.)

FAURE et SINEDEY. — *Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale* (Paris).

FERRE. — Notes sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de la matrice. (*Progrès Médical*, 1884.)

FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*, 1916.

GÉRARD, MARCHAND. — De l'incontinence d'urine liée au prolapsus utérin partiel ou total. (*Congrès Chirurgical*, 1899.)

GRAVIER. — L'incontinence d'urine liée au prolapsus génital. (*Thèse*, Paris, 1898.)

GUILLOU. — Prolapsus génital chez les femmes âgées. (*Thèse*, Paris, 1894.)

JEANNENET, MINKINE. — L'incontinence d'urine chez la femme. (*Thèse*, Lausanne, 1913.)

MARION. — *Traité d'Urologie*.

MURET. — Incontinence d'urine et prolapsus vaginal. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, avril-mai 1913.)

ORAISAN. — Statique utéro-vaginale et troubles fonctionnels de la vessie. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1927, n° 4.)

POZZI. — *Traité de Gynécologie* (Paris, 1905).

RAPIN. — Incontinence d'urine et prolapsus vaginal. (*Société Royale de Médecine de Gand*, 1934, t. 6, n° 7.)

SARADINI. — Prolapsus génital des femmes âgées. (*Thèse*, Paris, 1923.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^